

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Pesel

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

.....

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

- 1) porady lekarskie w domu pacjenta nie mniej niż 1 raz w tygodniu oraz stała dostępność pod telefonem oraz
- 2) wizyty pielęgniarские w domu pacjenta nie mniej niż 2 razy w tygodniu oraz stała dostępność pod telefonem oraz
- 3) wizyty fizjoterapeuty nie mniej niż 2 razy w tygodniu *.

Data	Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna **

*zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140 poz. 1147 z późn. zm.)

**** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE**